(2.) With the best compliments

Ein Fall eines primären Tubenkarzinoms.

Demonstration im Verein der Ärzte in Steiermark am 10. Mai 1907
von Dr. **W. Schauenstein**, klin. Assistenten.

Separat-Abdruck aus den „Mitteilungen des Vereines der Ärzte in Steiermark", Nr. 2. 1908.

Meine Herren! Ich gestatte mir, Ihnen einen Uterus mit seinen Adnexen zu zeigen, welcher wegen eines primären Karzinoms der rechten Tube an der Klinik exstirpiert wurde. Das Präparat stammt von einer 42jährigen Frau, welche heuer die Frauenklinik aufgesucht hatte. Aus ihrer Krankengeschichte hebe ich folgendes hervor:

Die Patientin war bis zu Beginn ihres jetzigen Leidens immer gesund, hatte niemals geboren oder abortiert. Ihre Menstruation war stets regelmäßig. Drei Monate vor ihrer Aufnahme bemerkte sie unregelmäßige Blutungen aus dem Genitale, so daß sie einen Arzt konsultierte, welcher eine Geschwulst im Unterleibe feststellte. Seither bemerkte sie selbst ein rasches Größerwerden ihres Abdomens. Schmerzen sowie einen Fluor hatte sie nie wahrgenommen

Bei ihrer Aufnahme an die Klinik fand sich eine Verwölbung des Abdomens unterhalb des Nabels vor infolge eines harten, etwas beweglichen glatten Tumors, welcher aus dem kleinen Becken emporstieg. An den Respirations- und Zirkulationsorganen der mittelgroßen, kräftig gebauten und gut genährten Frau konnten keine Veränderungen gefunden werden. Die Untersuchung der Genitalien ergab, daß die erwähnte Geschwulst den rechten Adnexen angehörte und den etwas vergrößerten, anteflektierten Uterus nach rechts und vorne drängte, indem sie den Douglas fast vollkommen ausfüllte. Während der von außen tastbare Teil derselben eine gleichmäßig harte Konsistenz besaß, konnte an dem im kleinen Becken liegenden Teil eine deutliche Fluktuation nachgewiesen werden. An ihrem oberen Pole ließ sich ein runder, fingerdicker Strang gegen den rechten Tubenwinkel des Uterus zu verfolgen. Der übrige Genitalbefund entsprach einer sonst gesunden, deflorierten Nullipara.

Auf Grund dieses Befundes wurde die Diagnose auf einen teilweise zystischen Ovarialtumor gestellt und die Entfernung desselben per laparotomiam beschlossen. Diese wurde von meinem Chef, Herrn Prof. Knauer, am 28. März 1907 vorgenommen.

Nach Eröffnung des Abdomens in der linea alba präsentierte sich der Tumor als dilatierte rechte Tube, welche knapp am Uterus bogenförmig nach auf- und rückwärts als fingerdicke Schlinge verlief und sich gegen den Douglas zu retortenförmig erweiterte und direkt in den zystischen Geschwulstteil überging. Dieser war derart innig mit dem Peritoneum der Beckenwandung verwachsen, daß man weder einen Einblick in das kleine Becken gewinnen noch den Tumor aus demselben herausheben konnte.

Es wurde deshalb nach Lösung einiger Netzadhäsionen die rechte Tube knapp an ihrer Einmündung in den Uterus abgebunden und durchtrennt und nun versucht, den Tumor aus seinen Verwachsungen herauszupräparieren. Infolge der Festigkeit der letzteren gelang dies aber nur teilweise, indem seine Wand im Bereiche des zystischen Teiles einriß und sich dabei eine seröse, leicht blutig gefärbte Flüssigkeit, vermengt mit teils nekrotischen Gewebsteilen, teils mit papillären Exkreszenzen entleerte. Nachdem auf diese Weise ein großer Teil der Geschwulst entfernt war, gewann man einen Überblick über das Verhalten der übrigen Beckenorgane. Man sah, daß die linke Tube einen hühnereigroßen Hydrosalpinxsack bildete, der ebenfalls durch feste Adhäsionen im Becken fixiert wurde, so daß durch ihn der Zugang zum Douglasschen Raum verlegt war. Nachdem auch diese nach Unterbindung ihres Ansatzstückes am Uterus abgetragen war, konnte man darangehen, den zurückgebliebenen untersten Teil des Tubentumors herauszupräparieren. Da es sich aber zeigte, daß er nicht nur mit dem Rektum breit und innig verwachsen war, sondern daß er sich auch in das Septum recto-vaginale vorschob, so wurde zuerst der Uterus nach Unterbindung der uterinen Gefäße von der Scheide abgesetzt, um auf diese Weise den Geschwulstrest von der hinteren Vaginalwand aus mit dem Messer von der Rektalwand abzupräparieren. Dies gelang nun auch ohne weitere Schwierigkeiten. Nachdem man durch die Beschaffenheit des exstirpierten Tumors nicht zweifeln konnte, daß es sich um ein malignes Neoplasma handelte, so wurde nach der Entfernung desselben und des Uterus das Becken nach vergrößerten Lymphdrüsen ausgetastet, welche jedoch nicht gefunden wurden. Die große Wundhöhle wurde nun mit Jodoformgaze locker austamponiert und durch die Scheide drainiert, das Peritoneum über dem Tampon durch Nähte vereinigt und die Bauchhöhle in üblicher Weise durch Etagennähte geschlossen.

Der Heilungsverlauf gestaltete sich vollkommen normal, so daß die Patientin am 15. Tage nach der Operation geheilt die Klinik verlassen konnte. Über das weitere Schicksal der Frau konnte ich nichts mehr erfahren, da dieselbe inzwischen von Graz ohne Angabe ihres Wohnortes weggezogen war.

Ich zeige Ihnen nun das Präparat, das, wie Sie aus der Operationsgeschichte erfahren haben, nicht den Uterus mit seinen Adnexen in situ darstellt, sondern aus drei voneinander getrennten Teilen besteht: aus dem Uterus und den beiden Adnexen. Das Verhalten dieser einzelnen Teile zueinander kann ich Ihnen hier deshalb nur durch den bei der Operation gewonnenen Einblick in die Topographie der Beckenorgane rekonstruieren.

Der etwas vergrößerte Uterus fällt Ihnen durch seine eigenartige Sanduhrform auf, indem die Zervix fast dieselbe Größe erreicht wie das Korpus uteri und von diesem in der Höhe des inneren Muttermundes durch eine deutlich sichtbare, tiefe Furche getrennt ist. Den peritonealen Überzug seiner vorderen und hinteren Wand bedecken zahlreiche abgerissene Adhäsionsmembranen und -fäden. An der hinteren Zervixwand hängt der untere Teil des im Douglas gelegenen Zystensackes, welcher mit seinem Endstück über die Zervix hinaus nach abwärts mit der hinteren Vaginalwand in Zusammenhang steht, entsprechend seiner Ausbreitung in das Septum recto-vaginale. Seine Verbindung mit der Zervixwand ist eine flächenhafte und sehr innige. Die Sackwand selbst wird von einer derben, etwa 1—2 *mm* dicken, fibrösen Membran gebildet, deren Oberfläche glatt und teilweise mit Peritoneum überzogen ist. An ihrer sonst glatten Innenfläche haften teils fibrinöse, teils nekrotische Fetzen. Während die linken Adnexe sowie die rechte Tube fehlen, indem sie knapp am Uterus abgetragen

wurden, hängt das rechte Ovarium an demselben mittels seines ligament. propr. Der an seiner Vorderwand aufgeschnittene und auseinandergeklappte Uterus läßt noch im gehärteten Zustand, wie Sie sehen, eine Erweiterung des sonst normal beschaffenen Zervikalkanals erkennen, so daß dieser so geräumig erscheint wie die Höhle des Korpus uteri: beide haben eine Länge von 4 *cm*, eine Breite von 1 *cm*. Sowohl der äußere als auch der innere Muttermund zeigen sich verengt, als sichelförmig vorspringende Falten. Sie waren am frischen Präparat gerade für eine dünne Sonde durchgängig. An der Innenfläche beider Uterusabschnitte ließen sich keinerlei Veränderungen wahrnehmen.

Die linke Tube stellt einen typischen, 9 *cm* langen und 3½ *cm* breiten Hydrosalpinxsack dar, mit dessen hinteren Fläche das breitgedrückte, flache linke Ovarium innig verwachsen erscheint. Nach der Eröffnung des Sackes, welcher klare, gelbliche Flüssigkeit enthielt, zeigte sich, wie Sie auch jetzt noch sehen, die Tubenschleimhaut vollkommen glatt und atrophisch. An dem linken Ovarium läßt sich außer seiner infolge der Verwachsungen abgeplatteten Gestalt keine weitere Veränderung erkennen.

Die rechte Tube ist in einen mächtigen, überfaustgroßen Tumor von Retorten- oder Tabakspfeifenform umgewandelt. Während ihr uterines Drittel eine annähernd gleichmäßige Dicke besitzt und Form einer 4 *cm* langen Schlinge sich über das Niveau des Fundus uteri erhebend nach rückwärts verlief, erweitert sich der übrige Teil derselben allmählich zu einem birnförmigen, in seinen oberen Anteilen soliden, in seinen unteren zystischen Tumor. Derselbe hatte eine Länge von 12 *cm* und eine Breite von 8 *cm* an seinem unteren Abschnitte. Der letztere besitzt eine weite, unregelmäßige, beim Herauspräparieren entstandene Öffnung, welche auf die des Sackrestes an der hinteren Zervixwand paßte. Die Wand des Zystensackes hat dieselbe derbe, fibröse Beschaffenheit und die gleiche Dicke wie der letztere. Ihre Innenfläche bedeckten außer nekrotischen, leicht anhaftenden Massen noch unregelmäßige, buckelige, mehr weniger flache Geschwulstexkreszenzen. Diese waren im frischen Zustand von grauer bis graugelber Farbe und bestanden aus einem homogenen, weichen brüchigen Gewebe. In dem soliden Teile der Geschwulst ließ die Tube am Durchschnitt ein spaltförmiges Lumen erkennen. Die Wandung dieses Teiles war in eine 3 *cm* dicke Geschwulst umgewandelt. Während man die Muskelschichten sowie die dünne, zarte Submukosa makroskopisch noch unverändert erkennen konnte, bildete die Mukosa das ungleichmäßig beschaffene, markige Tumorgewebe, welches an einzelnen Stellen nekrotisch, an anderen durchblutet erschien. Aus der erweiterten Tube ragte dasselbe wie eine geronnene Wachsmasse in den unteren zystischen Geschwulstteil hinein. Die Oberfläche des soliden sowie des zystischen Tumorabschnittes bedeckte das mit Adhäsionen überzogene Peritoneum. Nirgends brach das Tumorgewebe durch die Tubenwandung hindurch.

Das rechte kleine Ovarium hat eine normale Größe und Form und weist, wie Sie sehen, keinerlei Veränderungen auf.

Fasse ich diesen Befund zusammen, so handelte es sich hier, sehe ich von der wahrscheinlich angeborenen Stenose des Orificiums uteri externum und internum ab, um eine beiderseitige Hydrosalpinx, von welchem sich in der rechten, und zwar in ihrem mittleren Drittel ein Tumor entwickelt hatte. Die beiden Ovarien waren weder an dem chronischen Entzündungsprozeß der Tuben noch an der Geschwulstbildung beteiligt. Die makroskopische Beschaffenheit dieses Tumors entsprach einer malignen Neubildung, und zwar einem Karzinom, welches primär in der Tubenschleimhaut entstanden war. Diese Diagnose fand ihre Bestätigung in der mikroskopischen